SEÑOR PRESIDENTE (Sr. Víctor Vaillant)- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 16 y 56 minutos)

-A fin de no hacer esperar más a las delegaciones, quien habla ocupará momentáneamente la Presidencia de esta Subcomisión hasta que llegue su Presidente, el señor Senador Da Rosa.

Es para nosotros un gusto recibir en la tarde de hoy a una delegación de la Cámara de Emergencias y Asistencia Médica Extrahospitalaria del Uruguay.

Cabe acotar que este Cuerpo ya tuvo oportunidad de recibir, por el mismo tema que ha traído aquí a quienes hoy nos acompañan, a una delegación de la Cámara de Emergencias Móviles y sabemos que están presentes algunos de quienes participaron en esa reunión. Por nuestra parte, nos gustaría que, de ser posible, más allá de realizar los planteos que han motivado esta instancia de hoy, se comenzara por hacer referencia a aquellas características que diferencian esta reunión de la que tuvo lugar oportunamente.

Desde ya, les damos la palabra.

SEÑOR DELPIAZZO.- A los efectos de optimizar el tiempo de los señores Senadores y de todos los presentes, se me ha pedido hacer una síntesis y explicar el motivo de la solicitud de esta convocatoria dado que, efectivamente, la Cámara ya había sido recibida por la Comisión en una instancia anterior. Precisamente, en esa oportunidad, se describió su actividad así como también los objetivos, la población que cubre y el número de atenciones diarias y periódicas que realiza; en general, se expresaron las características del obrar y algunas de las principales preocupaciones que tienen, unánimemente, las empresas integrantes de la Cámara, frente al proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud que está a estudio de esta Comisión.

En esta oportunidad, el propósito -en línea con lo que se señaló en la instancia anterior- es proponer a la Comisión algunas alternativas e incluso, si los señores Senadores tuvieran a bien aceptarlo, sugerencias de alguna redacción modificativa en un pequeño puñado de disposiciones sobre dos o tres bases que, si se me permite, puedo exponer muy brevemente.

El punto de partida de la preocupación que anima esta visita por parte de las entidades nucleadas en la Cámara es, en primer lugar, el hecho de que, tal como está concebido en el proyecto de ley el Sistema Nacional Integrado de Salud, todas estas entidades quedan fuera de él; sin embargo, no por ello quedan fuera de la ley, ya que ésta es de un tono claramente intervencionista por parte del Estado. No hay en esto un juicio de valor; simplemente señalamos que se ubica y jerarquiza en órganos estatales todo lo que tiene que ver con la asistencia a la salud y, en el caso de todas las empresas representadas en la Cámara, así como otras que también actúan en el sector asistencial de la salud, no está contemplado que lo puedan integrar. A la vez, existen previsiones sumamente limitativas de su actividad fuera del sistema.

Por lo tanto, la inquietud fundamental de la Cámara y de quienes la integran es, en primer término, formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud y, en segundo lugar, acumulativamente, si ello no fuera posible, o en tanto no lo fuera, que el desenvolvimiento de su actividad fuera del sistema pudiera realizarse con el mayor grado de funcionalidad posible, para ofrecer los distintos tipos de asistencia que hoy se brindan.

En este sentido, se entiende que el Sistema Nacional Integrado de Salud, si bien se llama "nacional", no es universal en toda su concepción. Lo es desde el punto de vista de los usuarios, de los habitantes, porque uno de los principios que la ley proclama es el de la universalidad de la cobertura asistencial, pero no es un sistema nacional ni universal desde el punto de vista de todos los actuales prestadores de los servicios de salud, ya que sólo regula y comprende a un puñado de ellos: -los más grandes- tanto del sector público como del privado. Entonces, es de interés de las empresas que integran la Cámara que sea factible su incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud, ojalá que de modo permanente o, al menos, en forma transitoria. Ello supondría dos grandes cambios al texto del actual proyecto: el primero consiste en sustituir o modificar el artículo 9º para que puedan integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud no sólo las personas jurídicas públicas y aquellas entidades privadas que presten servicios integrales, sino también todos los prestadores actuales que estén habilitados y que deseen integrarse, cualquiera sea la forma jurídica al momento de ocurrir esa incorporación, y el segundo -que probablemente debería integrarse a la iniciativa como un artículo aditivo-, consiste en que quienes al momento de entrada en vigencia de la ley brinden servicios de emergencia médica móvil, puedan seguir haciéndolo y percibir directamente, además, la cuota-salud que corresponda a los servicios que prestan a las personas que integran sus padrones o que, en ejercicio de su libertad, deseen incorporarse en un futuro.

A la vez, si la incorporación al sistema fuera transitoria o supusiera algún régimen de adaptación y finalmente no se aceptara que las empresas lo integren definitivamente, el artículo 21 prevé que estando fuera del sistema, las entidades que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud -que sería el caso- podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación; pero esa libre contratación no es libre ni casi tampoco contratación. No es libre, en primer lugar, porque se exige una nueva habilitación al efecto; es decir, no solamente requiere un acto habilitante del Estado para integrar el Sistema, sino que también lo requiere para estar fuera de él. Además, el artículo 1º establece que la ley es de orden público, por lo que no hay espacio alguno para la autonomía de la voluntad de las partes para contratar. Entonces, a los efectos de que efectivamente pueda ser un régimen de libre contratación estando fuera del Sistema, se sugerirá eliminar la parte final del artículo 21 y también la declaración de orden público de la norma, que está en el artículo 1º que, francamente, no se entiende mucho, ni siquiera desde el punto de vista estrictamente jurídico. El sistema que se crea -a diferencia del actual, que es mixto público-privado-, de acuerdo con las pautas contenidas en este proyecto de ley, es estatal y, por lo tanto, está sometido a la voluntad etática, de manera tal que no se necesita hacer una limitación a los particulares, como es la declaración de orden público, que sí afecta a quienes estén afuera del Sistema, porque eso que la ley llama "libre contratación", en realidad, no es libre porque no se va a poder determinar, por parte de los contratantes, el contenido de las estipulaciones que se deseen establecer.

Asimismo, tampoco es libre esa contratación porque el artículo 38 -que es uno de los que se sugeriría modificar, además del 1º y del 21- dispone que el Poder Ejecutivo fijará precios de referencia. De manera que no es libre el contenido de las estipulaciones a contratar, ni el precio por la prestación de los servicios, ni el desenvolvimiento de la actividad que está fuera del sistema porque, según dice la norma, se requerirá una nueva habilitación, al efecto. En consecuencia, libre no queda nada.

En síntesis, entonces, la inquietud que anima a las empresas de emergencias médicas móviles de todo el país, tanto de Montevideo como del interior de la República, en primer lugar es poder incorporarse al Sistema Nacional Integrado de Salud, al menos para las actuales y en el momento del comienzo del funcionamiento del sistema. En caso de que ello no sea posible o no se quiera, se solicita que el régimen que la ley llama de "libre contratación", efectivamente permita a ese núcleo de eventuales beneficiarios que deseen adherir a la prestación de determinados servicios, la contratación con un régimen de holgura, que no es precisamente el que prevé esta norma.

Estas son las inquietudes y las propuestas de modificación parcial del articulado, refiriendo a los artículos 1º, 9º, 21 y 38, más un aditivo, para el caso que se permita facultar de modo transitorio o permanente la incorporación de este tipo de prestadores de servicios de salud al Sistema Nacional Integrado que se proyecta.

SEÑOR PRESIDENTE.- En lo personal, entendí perfectamente -estoy seguro de que también el señor Senador Michelini- los planteos que se han hecho. No me quedan dudas en cuanto a lo que están proponiendo, tanto para el caso de poder integrarse como para el de quedar afuera del Sistema. De

esa forma, están sugiriendo una posibilidad intermedia, esto es, quedar afuera con posibilidad de integrarse, y creo que en el conjunto de estos artículos, eso está bien planteado.

Con todos estos elementos, tenemos que dar la discusión política en el ámbito de la Comisión cuando continuemos con la consideración de este proyecto de ley.

También quiero aclarar que no comparto que las instituciones queden definitivamente fuera de la ley; en realidad, es una posibilidad. Naturalmente, las instituciones que están incorporadas al Sistema son aquellas que pueden cumplir con los servicios integrales porque, de otra forma, no sería un sistema universal ni integral. Por tal razón, podría ser factible que estas empresas de salud se asocien con otras para brindar un servicio integral y así poder formar parte del futuro Sistema. Entonces, las instituciones que dan servicios parciales, en la medida en que se asocien con otras empresas y en conjunto elaboren una propuesta de carácter integral que cumpla las exigencias que establecerá la ley y la reglamentación, podrán estar incluidas en el Sistema. Es decir que, en realidad, lo que hay es una dificultad para estar en el Sistema, porque estas instituciones tendrían la obligación de asociarse o de incorporar otros servicios que hoy no brindan.

SEÑOR MICHELINI.- Obviamente que ya hay un artículo de carácter programático en la Ley de Presupuesto del año 2005; pero supongamos que sólo se modifica el artículo 9º. ¿Ustedes quieren tener la opción de entrar en el futuro -o incluso ahora- en el Sistema de pleno derecho, dando el servicio integral, o la idea es que la ley plasme el derecho objetivo de integrarse, independientemente de que en la realidad ninguna de las empresas o de las unidades de emergencia quiera estar en el Sistema? Planteo la duda porque en la Bancada de Gobierno hay una discusión sobre estos temas. Entonces, una cosa es intentar plasmar algo en la ley que después nadie va a usar, y otra es tratar de ver cómo vamos, a qué velocidad, y tratar de que en ese barco se incorpore toda la realidad.

Las unidades de emergencia han sido relativamente eficientes -y no lo digo yo, sino la gente que recurre al servicio- y son un invento uruguayo; me refiero a la forma de concebir el sistema y no, naturalmente, a la atención a las personas. Por supuesto que ninguna mutualista va a brindar este servicio. Entonces, quizás la pelea haya que darla por otro lado.

No quiero entrar en un terreno que nuestros invitados conocen más, pero creo que sólo una mutualista ha constituido una emergencia propia; el resto no la tiene, aunque por ley deberían tenerla, y lo mismo ocurre con el servicio odontológico. Las unidades de emergencia brindan también un servicio de atención primaria realmente muy eficiente -no conozco la situación en el interior, pero sé que esto ocurre en Montevideo-, y cuando hablo de la atención primaria, no me refiero sólo a las policlínicas; hay también una red de vehículos que no son de emergencia y que van a las casas de los usuarios. Es decir: está la emergencia, está el vehículo que atiende a los usuarios dentro de un lapso de dos o tres horas y están las policlínicas que cubren por lo menos un sector del departamento de Montevideo. Entonces, quizás es eso lo que hay que integrar. Supongo que ninguna de las unidades de emergencia quiere convertirse en mutualista, porque tal vez cumplirían mal esa función.

Con respecto a los precios de referencia quiero decir lo siguiente. El artículo 38 -que tiene una redacción sustitutiva que creo no va en la buena dirección en el caso de ustedes- dice que los precios de referencia podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

SEÑOR DELPIAZZO.- Se refiere a las contrataciones.

SEÑOR MICHELINI.- Mi interpretación personal es que para las contrataciones después se determina las cuotas que se pagan. No se trata de que el Poder Ejecutivo determine que las contrataciones cuestan tanto, y si no lo paga, no contrata.

SEÑOR DELPIAZZO.- Aclaro que no conozco la redacción alternativa.

SEÑOR MICHELINI.- En realidad, es muy parecida.

SEÑOR DELPIAZZO.- La redacción original señala: "Los precios de referencia para las contrataciones a que refiere el artículo anterior podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo". Ahora bien, como las instituciones que quedan fuera del Sistema se dice que están en libre contratación, queremos señalar que uno de los aspectos en que no son libres es en los precios, porque van a ser de referencia para ellas. Esa es la inteligencia que las empresas le dan a esta disposición.

Entiendo lo que señala el señor Senador Michelini y me parece que quizás sea otra lectura posible de la norma, pero no es la que nosotros hemos realizado.

SEÑOR MICHELINI.- Por eso estimo que es importante aclarar y quizás sea necesario hacer una redacción diferente. Voy a expresar cómo concibo yo esta disposición.

Cuando una mutualista va a realizar contrataciones, por ejemplo, de camas -para tener la seguridad de contar con ellas cuando haya más demanda, porque la cantidad con que cuenta es muy ajustada-, paga con sus recursos. Esos recursos se obtienen de los que pagan la mutualista y de la cuota que paga la Junta Nacional de Salud por el Sistema Nacional Integrado de Salud. En este caso, se pagará la cuota normal y en el caso de los más jóvenes y de los más veteranos, con acápites diferentes. Entonces, cuando la mutualista va a proceder a hacer esa contratación, no está mal que el Estado tenga un precio de referencia, en este caso de la contratación de camas. La mutualista puede contratar por más o por menos, pero el Estado tiene determinado precio de referencia.

Esta es la interpretación que realizo del artículo; si no es así y ahora se plantean dudas, las vamos a transmitir porque, además, hay toda una discusión -aclaro que todavía no se aprobó- sobre el artículo 37, que es al que refiere esta norma. Por ejemplo, se eliminó la palabra "precio" y se agrega un inciso que señala que si la Junta Nacional no aprueba en treinta días el contrato, éste queda firme.

SEÑOR DELPIAZZO.- Se trata del silencio positivo.

SEÑOR MICHELINI.- Sí, y las modificaciones también en el sentido positivo, porque obviamente hubo una primera concepción muy regulatoria que tratamos de abrir en algunos aspectos. Por ejemplo, el Estado no puede estar en cada contrato. Lo que decimos es que si la empresa con que se contrata un determinado servicio está fundida o, a la inversa, si la empresa que realiza un contrato tiene otros que no ha pagado, parecería lógico que primero pague lo adeudado antes de realizar otra contratación. Cabe aclarar que estamos hablando de la salud, que es un tema delicado y de un sistema complejo donde el Estado paga. Es por eso que hay una regulación, pero no interviene en los precios y por eso se elimina esa palabra y se agrega que si la Junta no se expidió el contrato queda firme.

Por otra parte, podríamos intercambiar ideas acerca del artículo 21.

SEÑOR DELPIAZZO.- La propuesta es muy sencilla: poner punto final luego de la expresión "libre contratación".

SEÑOR MICHELINI.- No sé si las unidades han sido habilitadas.

SEÑOR DELPIAZZO.- Por supuesto, pero van a requerir otra habilitación, dado que el artículo dice "siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto". ¿A cuál efecto? Al de funcionar sin incorporarse al Sistema Nacional Integrado de Salud. Es decir que para poder seguir trabajando se va a requerir una nueva habilitación.

SEÑOR MICHELINI.- Entonces, podríamos quitar la expresión "a tal efecto". Recordemos que ya se suprimió la expresión que hacía referencia al control económico financiero.

De todos modos, creo que podemos hacer las consultas que correspondan.

SEÑOR PRESIDENTE.- Sería comprensible si la propuesta que hicieron a las instituciones existentes tienen la habilitación, pero no sería adecuado plantearla con carácter general, ya que las nuevas empresas que, eventualmente, quisieran incorporarse no lo podrían hacer, puesto que no tendrían control para ello.

SEÑOR DELPIAZZO.- En rigor, la exigencia de la habilitación previa está en la normativa de Salud Pública, a través de la Ley Nº 9.202, de 1934, y sus reglamentaciones. Es decir que cualquier institución, sea integral o parcial que quisiera formarse en el futuro, va a requerir esa habilitación; pero una vez que esté vigente esta norma, si la redacción fuera la original, se requeriría otra habilitación, ya sea para integrar o no el Sistema, posibilidad que está contemplada en el artículo 21. Eso es lo que no parece lógico y coherente.

SEÑOR MICHELINI.- El artículo 21 habilita a todas aquellas entidades parciales o integrales que no se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud. No se les va a hacer un control económico. Reitero que se podría eliminar la expresión “a tal efecto”, porque es suficiente la habilitación del Ministerio de Salud Pública. No necesariamente tienen que terminar con contratación, como lo plantean los integrantes de la delegación que nos acompaña, sino que podría seguir con la frase siguiente: “siempre que hayan sido habilitadas” -como dije, se suprimiría “a tal efecto”- “por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario y económico financiero, así como a las normas arancelarias que les sean aplicables”.

(Ocupa la Presidencia el doctor Eber Da Rosa)

SEÑOR DELPIAZZO.- La verdad es que esto último complica un poco. Salvo la parte final de las normas arancelarias, con la redacción que sugiere el señor Senador Michelini la norma podría ser satisfactoria, pero es repetitiva del ordenamiento vigente, porque para funcionar se requiere una autorización. El hecho de que una ley que se dicte en el año 2007 requiera una nueva habilitación es lo que plantea el problema. ¿Es la misma? Parece que no, porque dice “a tal efecto”. Si se elimina la expresión “a tal efecto”, se entenderá que se trata de la habilitación anterior. La Ley Nº 9.202 y sus reglamentaciones, que son múltiples, no se derogan ni se modifican.

SEÑOR VAILLANT.- Creo entender el planteo; ahora está bien claro. En realidad, ustedes no dicen que esto sea un inconveniente, sino que es innecesario porque es repetitivo y puede llevar a que se exija una nueva habilitación a aquellas instituciones que ya la tienen.

Convengamos que este no sería un problema importante puesto que, en el fondo, se estaría reiterando una norma existente en una parte que ustedes pretenden eliminar. Ahora bien, que se plantee en esta iniciativa lo que ya consagra otra ley, no generaría inconveniente alguno porque la propia reglamentación puede establecer que quienes tengan la habilitación otorgada por una determinada ley, no necesitan solicitarla nuevamente.

SEÑOR MICHELINI.- Comparto lo manifestado por el señor Senador Vaillant, en el sentido de que esto es algo que debe quedar claro en la ley para evitar que dé lugar a interpretaciones erróneas sobre si deroga o no disposiciones anteriores. De todas maneras, creo que hay que analizar el caso de otras entidades a las que se les agregó el tema de las normas arancelarias. A mi juicio, el artículo 21 refiere a la habilitación de todos los que no están comprendidos en el Sistema y es ahí, justamente, donde no queremos que se nos complique nada.

SEÑOR DELPIAZZO.- Lo que ocurre es que, de acuerdo con el ordenamiento vigente, nadie puede prestar asistencia a la salud si no está habilitado y controlado.

SEÑOR MICHELINI.- De acuerdo.

SEÑOR FERNANDEZ.- De hecho, nuestras instituciones reciben habilitación periódica, cada cinco años.

Ahora bien, tomando en cuenta todo lo que se avanzó en la corrección de este proyecto de ley, quiero decir que el control económico, financiero y arancelario, son tres tópicos bien interesantes y tienen una importancia capital.

SEÑOR MICHELINI.- Pediría al doctor Fernández que reitere lo que acaba de mencionar, porque no lo entendí.

SEÑOR FERNANDEZ.- Con mucho gusto. Siguiendo la línea del señor Senador, quiero decir que en el control económico-financiero, que se está pensando sacar, está implícito el control arancelario, que es de capital importancia para la libre elección.

SEÑOR VAILLANT.- Si mal no recuerdo, uno de los artículos establecía como condición a las empresas que quisieran incorporarse al Sistema Nacional Integrado de Salud, que debían ser empresas sin fines de lucro. Entonces, de acuerdo con la propuesta que nos están haciendo para poder integrarse, no sólo habría que habilitar cuotas de salud especiales para ustedes, sino que habría que modificar también el artículo que hace referencia a esto de "sin fines de lucro" porque, de lo contrario, quedarían fuera.

SEÑOR DELPIAZZO.- La propuesta del artículo 9º, justamente, generaliza el alcance del literal b) y propone la derogación de los dos párrafos finales del artículo 265 de la Ley de Presupuesto, que es donde se establece esa limitación de forma. Esto tiene mucho que ver con las dos preguntas formuladas por el señor Senador Michelini, es decir, si se trata de un tema de forma o de naturaleza de objeto. En realidad, en el planteo están las dos cosas: se puede integrar el sistema siendo un prestador parcial y sin necesidad de modificar la forma jurídica. Evidentemente, si se permitiera esto último -es decir, que pueda incorporarse siendo un prestador parcial, pero no con la forma de una sociedad anónima o sociedad comercial cualquiera-, el tema será cambiar la forma jurídica. Este no sería el tema más grave, pero sí que la ley no habilita la posibilidad de que se incorporen directamente los prestadores no integrales.

SEÑOR MICHELINI.- Creo que la redacción de los artículos 21 y 38 puede ser ajustada teniendo en cuenta lo conversado y las inquietudes planteadas.

El artículo 9º parte del esqueleto central del proyecto de ley. Aquí hay dos aspectos: por un lado, incorporarse al sistema en las mismas condiciones que los otros y, por otro, hacerlo en la condición de prestador parcial para transformarse en prestador integral. Voy a lo primero y luego a lo segundo. Lo primero es que si uno va a dar la pelea, en la medida en que hay una cuestión programática del año 2005 -me refiero a la norma presupuestal- que dice que prestarán servicios los que no tengan fines de lucro, e incluye a algunos seguros, que no sé si son con o sin fines de lucro -un detalle, digámoslo así-, se podría incorporar una norma que, por ejemplo, dijera "y también aquellos que teniendo determinada antigüedad y siendo sistemas parciales, se convertirán en un sistema integral en un período de seis meses". Creo que de este modo estaríamos dando la posibilidad a todos. Aclaro que estoy pensando en voz alta. Otra cosa sería decir que ahora también los prestadores parciales integran el sistema cuando, en realidad, de alguna manera ya están en él por la vía del artículo 38. Por eso son muy importantes las contrataciones.

Hablo entonces de dar la pelea para que los que hacen prestaciones parciales tengan la posibilidad de convertirse en prestadores integrales; si nadie lo va a ser, pienso que la energía habría que ponerla en otra cosa. Creo que si el tema sólo está vinculado a que los prestadores parciales estén habilitados para esas contrataciones -se habla del precio en el artículo 38-, eso no va por el artículo 9º.

(Dialogados)

Disculpe, señor Presidente, pero creo que es importante el dialogado.

SEÑOR FERNANDEZ.- Trataré de ahondar en ese concepto y ver cuál es la intención. Hoy el señor Senador señalaba la importancia del sector y también hacía referencia a su antigüedad, a su eficiencia y a su aceptación por parte de la población. Se trata de un sector que aglutina a más de un millón de

afiliados en toda la República, que cuenta con más de cinco mil funcionarios y que realiza alrededor de un millón y medio de asistencias por año. Lo que de alguna manera está previsto en la ley es que participe a través de su prestación de emergencia pero, en verdad, no está específicamente establecido cuál es el producto en sí. Si embargo, fuera de esta ley se ha manejado que serían las que desarrollarían la emergencia “Clave 1”.

Para información de los señores Senadores, las emergencias Clave 1 representan el 3% de nuestra actividad; ese es el volumen de actividad de nuestro sector. Para que se pueda tener una idea de la dimensión de nuestro rol asistencial, debo decir que de este empuje de afecciones respiratorias ocurrido hace cinco días, y que llevó a que en un solo día en Montevideo se cubrieran 7.600 asistencias, sólo el 3% han sido emergencias. Por tanto, el buen funcionamiento de este sistema -que se ha demostrado históricamente- de alguna manera es una herramienta reguladora de todo el sistema sanitario, y la ausencia de esas prestaciones, por lo tanto, determinarían un colapso. Si a eso le agregamos la situación que se está dando en la puerta de los sanatorios, con demoras en la recepción de pacientes -que van de cuatro a once horas y media-, seguramente podremos redimensionar y valorar mejor la situación.

SEÑOR MICHELINI.- Eso no se arregla vía contrataciones, con una exigencia mayor para que presten esa asistencia primaria que hoy las mutualistas no dan.

SEÑOR FERNANDEZ.- Hay cierta incertidumbre, porque eso no está escrito en ningún lado. El fundamento de la modificación -no quiero hablar técnicamente porque, sin duda, es el doctor Delpiazzo quien debe hacerlo- es que la dependencia en este marco de contratación con el sector mutual generará una inestabilidad importante en todo el sistema. Por eso, la norma establece que los únicos que podrán beneficiarse o participar y ser receptores del financiamiento y del pago por parte del FONASA, son los que tengan las características para integrarlo, en este caso, de una atención integral y sin fines de lucro. Lo que estamos proponiendo es actuar en el nivel de complementación -que profesamos y apoyamos-, pero con una posibilidad de vínculo en ese concepto con el FONASA, que es el que va a pagar. Eso le daría un nivel de transparencia a todo el sistema, tanto desde el punto de vista personal como administrativo. Ese es un poco el espíritu del articulado, y pido al doctor Delpiazzo que me corrija si me desvié de él.

SEÑOR VAILLANT.- Creo interpretar perfectamente lo que ustedes plantean en los dos artículos, sobre la incorporación al Sistema. Mediante el nuevo artículo, ustedes posibilitan el ingreso y mediante el aditivo que viene a continuación, lo concretan. En realidad, están pensando en un Sistema Nacional Integrado que se transforme en un sistema más un subsistema. Un Sistema Integrado que brinda atención integral, que excluye -naturalmente- de esa atención integral, la emergencia y, de pronto, algún tipo de servicio, que es el que ustedes dan, y un subsistema que incluye exclusivamente los servicios que ellos dan y, por lo tanto, las cápitas se modifican y en lugar de haber una cápita -que ahora se llama cuota salud-, va a haber una cuota salud para los prestadores integrales -o los que eran hasta este momento prestadores integrales- y una cuota salud más pequeña para las emergencias móviles. ¿Es así?

SEÑOR FERNANDEZ.- Correcto. Quizás una primera lectura pueda dejar traslucir un velo de complejidad administrativa, pero lo importante es saber de qué punto partimos. Partimos de un sistema de afiliación prepaga de una magnitud igual que el sistema mutual hoy existente. Partimos de un sistema que no tiene aditivos, como puede ser DISSE, y donde la libre elección y la contracción, mes a mes, de nuestro servicio, hace una elección permanente y prácticamente “on line” de lo que es este sistema. Entonces, si consideramos que son sistemas de igual magnitud en volumen de afiliados y que realmente es el sistema que hoy realiza el primer nivel de atención de la población, entendemos que debemos buscar entre todos -en esta transición y en este nuevo escenario que se avecina-, la mejor manera, desde el punto de vista asistencial, de mejorar, articular y optimizar, y desde el punto de vista administrativo y económico, no desestabilizar. Creemos que esta es la forma de poder hacerlo en un marco transicional.

SEÑOR VAILLANT.- Quiero transmitirles mi mensaje. La respuesta me parece interesante -ya la habíamos insinuado en la reunión anterior- y considero que vale la pena que nosotros la discutamos, la incorporemos y demos el debate a nivel de la Comisión y con el propio Ministerio de Salud Pública, que

es el autor del proyecto original. La posibilidad no la veo fácil, que es lo que les quería transmitir; es difícil, porque significa modificar toda una estructura que ya está armada hasta en los valores de lo que podría ser la cuota salud. Tal vez si esto, como dije, se hubiese podido conversar antes, cuando el proyecto estaba en proceso de elaboración, nos habría permitido manejarlo con más facilidad. La propuesta me parece absolutamente razonable, aunque creo que es algo difícil que logremos incluirla. De todas maneras, en lo personal la vamos a plantear.

SEÑOR MICHELINI.- El último punto sobre el que se hizo referencia es controversial y, por ende, deberíamos encontrar la forma para integrarlo, ya que no estoy muy seguro de que lo mejor sea a través del Estado. Digo esto porque si es el Estado el que da la cápita, puede poner un precio hasta ridículo. Quizás en la ley se debería hacer más hincapié en las contrataciones por parte de las mutualistas, con la existencia de controles mes a mes, para que se pague. Entonces, algunos contratarán más servicios y otros menos, pero todo dentro del sistema integral y que de ahí se repartan. A veces sucede que se logra todo y, después, no se obtiene nada. En caso de que logre todo, por ejemplo, se reparte, porque es un gran comprador -son pocas las empresas de unidades de emergencia; me refiero a Montevideo y no quiero mencionar el interior del país porque es más complejo- y, fácilmente, podría estar comprando seiscientas mil o setecientas mil.

De todas maneras, creo que nuestros invitados se quedan con la impresión de que este no fue un recibimiento tan formal, pero ocurre que es un tema muy complejo, en el que hay mucho dinero en juego, por lo que estamos tratando de ser lo más ecuánimes posible.

SEÑOR FERNANDEZ.- Estoy de acuerdo con la observación realizada por el señor Senador Vaillant en el sentido de que era más fácil considerar nuestro planteo cuando esta reforma de la salud estaba en camino y en formación; nos consta que hemos hecho un recorrido por muchas puertas para poder integrarnos a esa mesa. De cualquier manera entendemos que era una actitud productiva de nuestro sector presentar una propuesta de trabajo y es lo que estamos haciendo. También entendemos que en este nuevo escenario se abren dos opciones claramente diferentes: la que nos posibilita seguir vendiendo y la que la gente siga comprando, como lo hace hasta hoy el servicio, en este caso por fuera del sistema y lo que va a ser la contratación por parte de las prestadoras integrales -o, directamente, del FONASA, tal como nosotros planteamos- dentro del sistema. Entonces, en aras de buscar una correcta transición y que, en definitiva, el cliente -que es el que recibe tanto el producto integral como este por el que hoy opta- no se vea carenciado en esa prestación, es que apuntamos hacia arriba; es decir, a que este sea un cambio que beneficie en forma definitiva al cliente. Entonces, para recorrer ese camino, es necesario que las empresas tengan estabilidad económica y administrativa.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Subcomisión de Salud Pública integrada con Hacienda agradece la información brindada por nuestros invitados y, eventualmente, nos mantendremos en contacto.

(Se retira de Sala la Cámara de Emergencias y Asistencia Médica Extrahospitalaria del Uruguay)

(Ingresa a Sala la delegación que representa a las Sociedades Anestésico Quirúrgicas)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública Integrada con Hacienda del Senado ha encomendado a esta Subcomisión la tarea de recibir delegaciones, a fin de escuchar sus planteos con respecto al proyecto de ley que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud. Precisamente, en este ámbito tenemos el gusto de recibir a los representantes de las Sociedades Anestésico Quirúrgicas, a quienes con mucho gusto vamos a escuchar el señor Senador Michelini y quien habla, ya que el señor Senador Vaillant tuvo que ausentarse para atender otros compromisos y el señor Senador Antía no pudo concurrir a esta reunión.

Cedemos el uso de la palabra al doctor Abal Oliú.

SEÑOR ABAL OLIU.- En primer lugar, en nombre de la Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas queremos agradecer a los señores Senadores su invitación y, además, destacar la celeridad con que

nos han recibido. Precisamente, en virtud de eso, quiero pedir disculpas a esta Comisión, ya que nuestra organización, que está integrada por doce sociedades de anestesistas y cirujanos, tenía la intención de traer un estudio pormenorizado del proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud para presentar a los señores Senadores, lo que no pudimos hacer, ya que ni siquiera tuvimos tiempo material de imprimir el documento correspondiente, debido a que se nos comunicó que seríamos recibidos en el día hoy recién ayer a última hora.

SEÑOR MICHELINI.- Quiero aclarar al doctor que, en general, no actuamos con tanta urgencia, pero el comienzo de la votación del proyecto es inminente y nos pareció que constituía casi una falta de respeto que iniciáramos esa instancia sin haber escuchado las inquietudes de los sectores involucrados en el tema, aunque más no fuera para comunicarles que sus planteos no son de recibo.

SEÑOR ABAL OLIU.- Entiendo perfectamente lo que plantea el señor Senador y le aclaro que lo que he dicho en modo alguno implica una crítica; por el contrario, traté de destacar la celeridad en recibirnos como un gesto muy positivo, al que ciertamente no estamos acostumbrados. Usualmente, cuando se solicita una audiencia a una Comisión legislativa, se espera que la reunión no se concrete antes de dos semanas o un mes y medio después. En esta ocasión esperamos menos de un día y, en ese sentido, quiero agradecer al señor Secretario de la Comisión, en caso de que haya sido él el responsable de tanta prontitud.

Aclarado ese aspecto, adelanto a los señores Senadores que nos comprometemos a completar el estudio que mencioné anteriormente, de modo que cuenten con ese material lo antes posible.

SEÑOR PRESIDENTE.- En nombre de la Comisión pediría a nuestros invitados que nos hicieran llegar el estudio que han realizado sobre el proyecto antes del jueves de la semana próxima, ya que ese día tenemos fijada nuestra próxima sesión.

SEÑOR ABAL OLIU.- ¿Ese día ya se va a considerar el articulado del proyecto de ley?

SEÑOR PRESIDENTE.- Seguramente vamos a tener dos o tres sesiones más a partir de ese día para considerar el proyecto en su totalidad. De todos modos, quiero informar que para el 1º de julio la consideración de esta iniciativa deberá estar finalizada, ya que ingresa al Senado el proyecto de ley de Rendición de Cuentas.

SEÑOR ABAL OLIU.- De todas maneras el doctor José Luis Rodríguez va a exponer sobre nuestra posición con respecto al proyecto de ley, ya que si bien no pudimos reunirnos para trabajar sobre este tema, a través de llamadas telefónicas nos pusimos de acuerdo para preparar nuestro planteo. Aclaro que el doctor Vera también iba a concurrir a esta reunión, pero no pudo hacerlo debido a compromisos profesionales. En ese sentido, también quiero destacar que el doctor José Luis Rodríguez debió posponer una operación ya programada para estar aquí presente.

Repito que nuestra presencia responde a la invitación gentil que hemos recibido y, también, a la posibilidad de realizar alguna consideración general en esta instancia, sin perjuicio de hacer llegar, en los próximos días, un material escrito sobre nuestra posición respecto al proyecto de ley.

Dicho esto, cedo la palabra al doctor Rodríguez, quien realizará a continuación la exposición central.

SEÑOR RODRIGUEZ.- Por mi parte, luego de agradecer también la invitación de la Comisión, señalo que me voy a referir a aspectos generales que ya han sido discutidos abundantemente en el seno de la Mesa Anestésico Quirúrgica.

Lo primero que queremos decir es que no estamos en contra de este proyecto de ley del Sistema Nacional Integrado de Salud; en realidad, no estamos en contra ni a favor de ningún sistema. Simplemente, somos los prestadores de la atención médica, y aquí debe hacerse una primera

diferenciación: una cosa es la prevención y otra distinta es la atención. Nosotros somos, típicamente, proveedores de atención del hombre enfermo, del que ya pasó la etapa de la prevención; somos, claramente, el sector secundario y terciario de la salud.

Hay algunos aspectos que queríamos considerar porque, a nuestro modo de ver, luego de 25 años -y en el caso de algunos, de 30- de servicio en esta actividad, son un poco discutibles, criticables o problemáticos.

Habiendo vivido las últimas décadas, lo primero que tenemos que decir, como cuestión más general, es que, a nuestro entender, se ha elegido el peor sistema en lo que refiere al modo de funcionamiento de la financiación, sistema que tiene implícito en su seno el germen de la corrupción. Se eligió el sistema de pagar por número de usuarios y no el de calidad de los servicios prestados, y este es el germen de la corrupción porque a la empresa le va bien cuanto menos servicios preste a los usuarios que tiene, lo que es absolutamente claro.

En todo el mundo el sistema de salud está derivando hacia el pago por performance y no por cantidad de usuarios. Supongamos que tengo una empresa con mil usuarios; si les brindo menos servicios y recibo lo mismo, me va a ir mejor. De ello no cabe la menor duda.

Con esto, se ha echado por la borda una extraordinaria experiencia que había en nuestro medio, que era la del Fondo Nacional de Recursos que, justamente, permitió la máxima equidad en la salud al atenderse de igual forma y con los procedimientos más complejos de todos los que existen, tanto al usuario de Salud Pública como al del Hospital Británico, por ejemplo. ¿Y esto por qué? Porque se pagaba por los servicios y no por los usuarios.

En consecuencia, estamos convencidos de que se ha elegido el sistema en cuyo germen está la corrupción que generó la desfinanciación de otro que fue admirado a nivel mundial, pues nadie entendía cómo, con U$S 40 por mes, se brindaban los servicios que efectivamente se prestaban en nuestro país. Cabe acotar que, incluso, creemos que el Fondo Nacional de Recursos se está desmantelando, lo que vemos como algo muy negativo.

Por otro lado, nos parece, modestamente hablando, que una Administración que se enfrenta a una salud problemática, debería encarar el tema sobre cuáles son los principales problemas, y para la gente que trabaja en esto, existen tres problemas claramente identificables: el de aquellas personas que no tenían acceso a la salud, el de quienes tenían una pseudo-cobertura de la salud -me refiero a quienes, a pesar de pertenecer al sistema, no podían realmente acceder a él debido al costo de los tiques, órdenes, etcétera, por lo que terminaban atendiéndose en Salud Pública- y, por último, la importantísima desfinanciación del sistema mutual.

A priori uno piensa, modestamente, que, enfrentado el Gobierno a esos graves problemas, quizás habría sido mejor, en lugar de reformar todo en un complejísimo sistema cuyo funcionamiento genera a todos enormes incertidumbres, atacar los problemas que efectivamente existen.

En lo que respecta a los problemas de cobertura, creemos que es justamente la Administración del país la que debe asegurar la cobertura universal, ya fuere mediante la prestación directa -como había venido siendo hasta ahora- o a través de la contratación de servicios. Obviamente, para esto se necesita inversión, pero advertimos que la inversión que habrá en Salud Pública es muy modesta.

Personalmente, quisiera ligar esto con el concepto -que es casi una leyenda urbana- de lo mucho que se gasta en el país; claro, se gasta mucho con relación al Producto Bruto Interno, pero lo cierto es que éste último es muy bajo. Si comparamos en términos absolutos -porque no somos formadores de tecnología sino compradores- veremos que se gasta, por usuario y por año, la décima parte que en países como Canadá: mientras en el Uruguay se gastan entre U$S 300 y U$S 400 promedio por usuario, en Canadá se gastan U$S 3.000. No mencionemos a los Estados Unidos donde se gastan U$S 6.000 por usuario, ni a países europeos; pero como Canadá se ha puesto de

ejemplo, tengamos en cuenta que en nuestro país se invierte diez veces menos por paciente. Quiere decir que no se gasta mucho en salud sino, por el contrario, muy poco.

Reitero que como no somos formadores ni proveedores de tecnología sino, lamentablemente, compradores, la situación se torna difícil sin inversión. Entonces, nos resulta un tanto voluntarista que este sistema, que privilegia al sector primario -lo que nos parece muy bien porque habrá menos enfermos, pero los resultados se van a ver a mediano y largo plazo-, se implemente en desmedro de los sectores secundario y terciario. Queremos mantener la calidad de los servicios que prestamos y consideramos que la equidad no puede lograrse igualando esos U$S 600 con los U$S 300 para llegar a un promedio de U$S 400 en desmedro de los sectores secundario y terciario.

¿Qué solución se eligió? A nuestro modo de ver -y sin que parezca un exabrupto-, la de expropiar las instituciones privadas, porque apropiarse de los recursos genuinos, que no sólo competen a DISSE -que es aportado por el Estado- sino también a las cuotas mutuales, es una expropiación. Estamos ante una expropiación de las mutualistas, que eran propiedad de los usuarios y de los médicos. No me duelen prendas al decir esto porque no soy dueño ni integrante de ninguna cooperativa médica. Pienso que quitar la posibilidad de ejercer la administración, decidir las prioridades y determinar los objetivos a quien generó una institución, es una expropiación. Eso es muy claro cuando se dice que todo, desde las reformas edilicias hasta la compra de nueva tecnología, debe ser autorizado por el Gobierno de turno. Tampoco quisiera que se tomara esto como un exabrupto, pero alguno podrá ser muy bueno, y quizá otro no lo sea. Quitarle la autonomía administrativa a las instituciones es prácticamente una expropiación, y creemos que el tema no pasa por ahí.

Cito nuevamente el ejemplo del Fondo Nacional de Recursos. Creemos que es mucho mejor que las instituciones compitan por calidad de servicios y no por cantidad de socios. Competir por calidad de servicios implica que le va a ir mejor a aquella institución que tenga mejor calidad de servicios, cuyo costo es estudiado, generado y pagado. Es totalmente distinto a aquella institución que recibe la totalidad del dinero por la cantidad de usuarios, y después presta los servicios de la peor forma para obtener mejores resultados.

Lo cierto es que no estamos en defensa de las instituciones sino de la calidad de lo que hacemos. Hoy en día, la calidad en los sectores secundario y terciario es absolutamente dependiente de la tecnología. Sin inversión no hay tecnología ni calidad de los servicios. En lo personal, me dedico mucho a los casos de mamas y puedo decir que la quimioterapia que se realiza en la actualidad en todo el mundo -que quizá conozcan con el nombre de Trastuzumab- cuesta U$S 1.000 por paciente, por mes, y significa la vida o la muerte para la persona. En este momento, para determinar a quién se le hace quimioterapia, se realiza la identificación de los genes; cada *kit* cuesta entre U$S 1.000 y U$S 1.500, y reitero que esa es la suma por mes para cada una de las enfermas. Entonces, vuelvo a repetir, nos resulta voluntarista la solución de mejorar la equidad bajando la calidad de los sectores secundario y terciario. Creemos que no se va por el buen camino.

Esto es lo que podríamos decir en líneas generales. Uno debería ser más preciso, porque hay muchas preocupaciones desde el punto de vista de la autonomía del actor médico, pero en eso le voy a ceder el uso de la palabra al doctor Bogliacini.

La defensa de la calidad de la atención médica es la definición de la actuación del médico, porque éste no hace prevención como tarea fundamental, sino que atiende y cura a los enfermos. Esa calidad, pues, es lo que queremos mantener. Nos parece de gran importancia que se apoye la atención primaria, pero que ello no sea en desmedro -como está expresado explícita e implícitamente- de los sectores secundario y terciario, que refieren a la etapa posterior a la prevención, es decir, cuando el hombre está enfermo y hay que curarlo o brindarle una mejor calidad de vida.

SEÑOR BOGLIACINI.- Me voy a referir a la parte profesional, porque el médico generalmente consuela, conforta, ayuda, calma y mejora, pero pocas veces cura. Cuando uno mira para atrás o ve los enfermos que tiene acostados en la cama, se da cuenta de lo poco que hace, aunque eso es lo que realmente justifica nuestra profesión. El concepto de prevención -que es hermoso, que uno lo estudia, como otras tantas materias, y que tanto me preocupó cuando tuve que administrar una institución pública durante 15 años- es útil para mis nietos, pero no para mis hijos, porque la distancia de la

prevención se mide de aquí a 30 años. Quienes van a vivir los próximos 30 años ya no están dentro de la prevención, porque van a estar afectados por ciertas enfermedades que no van a cambiar. Entonces, dado que tenemos que seguir manteniendo nuestra asistencia, lo importante dentro de ella y del concepto de cómo trabajamos, es la autonomía.

¿Qué justifica en una profesión el concepto de autonomía? Fundamentalmente, tratar de hacer las cosas bien, porque en el pasaje por la Universidad nos educaron para que siguiéramos ciertos preceptos éticos y una determinada moral, que nos permita trabajar de manera libre pero relacionada con lo que el paciente elige. Poder hablar francamente con el paciente de la vida, de la muerte y del dolor, y luchar para mejorar estas cosas, implica creer y respetar lo que uno hace.

Me preocupa la forma en que está organizado el Sistema Nacional Integrado de Salud. Gracias a la dictadura viví en Canadá, pero en la parte inglesa, no en la parte francesa, que probablemente vieron hace poco en la película “Las Invasiones Bárbaras”, en donde hay un sistema que podría tomarse como una broma de mal gusto de un buen sistema, en el que se ha perdido la autonomía y la capacidad de que se pague diferencialmente a las instituciones. Allí se les da un presupuesto -como sucede actualmente en el sector público uruguayo- en lugar de pagárseles por lo que hacen, como sucede en la parte inglesa de Canadá, donde a cada hospital se le paga de acuerdo con las operaciones, con los tratamientos y con los gastos que realiza. No se les entrega el dinero para que realicen la gestión y luego se peleen por gastar un mínimo imprescindible para “tapar la cara”. Después, cuando uno concurre a un ateneo donde se decide lo que se le va a hacer, o no, a Fulano o a Mengano, hay una cantidad de aspectos que se deben tener en cuenta y que, al final, se traducen en dinero. Es muy difícil apreciar esto desde afuera y, a veces, cuando uno está adentro, le da vergüenza porque realmente no sabe si se están haciendo bien las cosas. Por ello, estimo que hay que permitir la autonomía.

Este sistema va asociado a un estatuto único del trabajador de la salud -que ya recibimos del Ministerio- donde los médicos, fundamentalmente los del segundo y tercer nivel de asistencia -que somos los menos- no van a tener capacidad de asociase para cambiar las cosas. Esto va a ser así porque cuando vote la masa entera de funcionarios de la salud, que son los que están integrados en los lugares donde se toman resoluciones, el grupo médico no va a tener la posibilidad de estar ahí. Eso cambiaría si funcionara como en la Ley Orgánica de la Universidad donde está definido de antes la cantidad de votos que tiene cada uno de los órdenes que la integran, es decir el orden estudiantil, el docente y el profesional. Cada orden vota por separado y de ahí surgen sus delegados; sin embargo, en una delegación simple como la que se define aquí, no ocurre eso.

SEÑOR RODRIGUEZ.- Hay un solo representante de los actores de la salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- En la integración habrá un representante de los prestadores, un representante de los usuarios y un representante de los funcionarios.

SEÑOR BOGLIACINI.- Entonces, en lugar de estar representado por el profesional, que presta sus servicios de la mejor manera, lo va a estar por un funcionario que va a buscar la manera más simple de llegar a su casa a las 16 y 30 horas, porque va a estar encerrado en un sistema que va a ser absolutamente burocrático. Creo que ese es el pecado de esta reforma. El sistema integrado de salud es absolutamente imprescindible. Personalmente trabajé en Canadá, en un sistema donde en una misma sala estaba un ex prisionero de guerra alemán, que era granjero, un piloto de avión, un policía y un jubilado y no había ninguna diferencia, pero cuando se iba cada una de esas personas, de acuerdo con lo que se le había hecho, el seguro aportaba al hospital los gastos que había ocasionado más el beneficio que el hospital debía tener, porque es una empresa y debe seguir creciendo. No se le puede quitar rentabilidad al sistema porque la necesita para vivir e integrar cosas nuevas.

A modo de ejemplo, podemos decir que hace cinco años en el Hospital Maciel empezamos a trabajar con una droga específica para la leucemia que no la brindaba el sector público, pero nosotros habíamos logrado generar un sistema que nos daba ganancias -por hematología y las prótesis- y eso nos permitía comprar productos que estaban en el mercado. Sin embargo ahora se discute, por ejemplo, si se va a vacunar, con el virus del papiloma humano; si fuera el caso de mis hijas, personalmente iría a comprar la vacuna a Buenos Aires, porque considero que es imprescindible.

Nadie me puede negar algo que científicamente ya está probado. La información se puede buscar por Internet en el Centro de Control de Enfermedades Infecciosas de Atlanta, donde se explica blanco sobre negro. Entonces, esta no es una cuestión para estar discutiendo; es un tema de libertad de decisión de los individuos. El Estado debería aportar para las mujeres que no pueden pagar y no estar discutiendo si se manda a buscar las cepas. ¿Acaso las mujeres uruguayas van a tener cáncer de cuello de útero provocado por una cepa diferente de la que tienen las de Uganda, las de París o las de Alaska? Esta posición no resiste un razonamiento científico y es una pérdida de tiempo. Esto no lo digo por mis hijas que ya pasaron la edad de la vacunación, incluso una de ellas tiene 38 años. Otro elemento a tener en cuenta en este tema es que la vacuna debe aplicarse antes del primer contacto sexual.

Por otro lado, el Sistema no puede quitar la libertad porque es algo que está absolutamente centralizado y con un criterio tal que para levantar una resolución que tome el Presidente del Directorio en la noche, al otro día se necesitan cinco votos en contra, que no los va a tener.

Nosotros pretendemos defender nuestra forma de trabajar. No veo al mutualismo como un ideal, pero sí como una buena solución. Quisiera que hubiera muchas instituciones, como las hay ahora en el interior de la República, que cambiaron el sistema de salud en el transcurso de mi vida. Digo esto porque, cuando empecé mi carrera, pude ver lo que eran las prestaciones asistenciales en el interior. Es más, en una oportunidad le manifesté a uno de mis profesores que cuando me recibiera quería ejercer en el departamento de Colonia y me respondió que me quedara acá, aunque me costara dinero, porque allí no iba a poder hacer las operaciones que acá ya estábamos haciendo. Sin embargo, la situación cambió desde que comencé mi especialización como cirujano en el año 1976 al 2005. ¿Quién fue el responsable de este cambio? La FEMI y aclaro que no es de mi simpatía; cambiaron el sistema para la mitad del interior donde la atención es semiprivada. Esto obligó a que Salud Pública mejorara debido a la competencia. En definitiva, lo que es mejor para los pacientes es mejor para los médicos y eso es lo que pretendemos.

Es por todo esto que queremos mantener la autonomía y que el usuario tenga la posibilidad de elegir libremente con quién se atiende. La gente sabe cómo atienden los médicos porque alcanza con pararse en la puerta del consultorio y hablar con quienes están esperando ser atendidos para comprobar, pasado un lapso, que si el doctor trata mal a los pacientes, la consulta queda vacía. A modo de ejemplo puedo decir que esto lo viví personalmente porque un día le sugerí a una tía que fuera al Círculo Católico y se atendiera con un profesor de Facultad a quien yo admiraba, pero como no la trató bien, se fue y no se quiso operar con él, a pesar de que le dije que era el mejor en esa especialidad. ¿Por qué ocurrió esto? Porque como él allí tenía un sueldo, cuanto menos operaba, menos se cansaba.

Nuestra idea es defender la autonomía y la competencia. No puede ser que el sistema de ASSE piense pagarle a los médicos un sueldo como el que está indicado en las normas de la administración pública, porque entonces las mutualistas van a competir con el resto de los prestadores, pagándoles un salario bajo a los médicos, mientras que otras van a tener que ir a pelear los aumentos a los Consejos de Salarios. Vamos a pelear por esto; vamos a pedir a igual función, igual remuneración. ¡Que no sueñen que va a ser diferente! Los médicos ya lo hemos discutido, al igual que el Sindicato Médico, la FEMI y la SAQ. Vamos a pedir igualdad.

Por lo tanto, pretendemos que se nos respete cuando se agregue la ley del Estatuto; los médicos deben tener un Estatuto separado del resto de los funcionarios, por las responsabilidades en que incurren. Queremos que el Sistema nos permita mantener un pago adecuado a nuestras necesidades. En realidad, quiénes son los patrones y cómo se organiza el Sistema, no es de nuestra incumbencia. Lo nuestro es defender nuestro trabajo y, fundamentalmente, los pacientes y la asistencia que brindamos, ya que nos enorgullece nuestro trabajo y la manera en cómo lo hacemos.

SEÑOR ABAL OLIU.- En primer lugar, quiero agradecer la oportunidad que nos han brindado.

En segundo término, queremos comprometernos a hacerles llegar en los próximos días un material que les pueda significar un aporte más concreto a la hora de decidir si desglosan o no algunas de las normas. Más allá de que ésta sea una tarea fatigosa, compleja, tal vez nosotros tengamos

oportunidad de incidir, porque el trabajo que elaboremos para acercarles a ustedes, nos puede servir para la discusión que se dé en la próxima etapa en la Cámara de Representantes.

SEÑOR MICHELINI.- Creo que nuestros visitantes han sido muy claros en los conceptos que han vertido.

Es notorio que este proyecto de ley ha sido construido sobre bases distintas a las que ustedes están planteando, pero puede ocurrir que nosotros no hayamos puesto la debida atención en algunos de los artículos sobre los que han realizado sugerencias. Por esa razón, consideramos de fundamental importancia que nos acerquen ese material porque, de repente, se pueden ampliar algunas libertades -que pueden verse cercenadas, tanto individual como colectivamente- o, en su caso, evitar en demasía algunas cosas que ustedes nos han planteado. Por lo tanto, reitero, sería muy importante para nosotros contar con ese material.

SEÑOR ABAL OLIU.- Quiero realizar una sola apreciación que, a mi juicio, marca un sesgo muy fuerte en la posición que tienen los dos mil anestesistas y cirujanos del Uruguay que están representados en la SAQ.

Se considera que es prácticamente ofensivo y altamente inconveniente para todo el sistema, tal cual está previsto, que en la Junta Nacional vaya a haber un representante de los usuarios, otro de los prestadores y otro de los trabajadores no técnicos, pero no de los médicos. Esto es algo que inevitablemente va a ocurrir; no hay manera de evitar que ello no suceda. Salvo que los funcionarios no técnicos renuncien a ser representados, sólo por la ley de los números, inevitablemente, en la Junta va a haber un funcionario no técnico. O sea que la cabeza del Sistema Nacional Integrado de Salud, representada por siete personas, no va a tener ningún médico. Esto es prácticamente insólito. De alguna manera -y aclaro que no digo que haya existido intención en ello-, se estaría disfrazando la realidad, porque se puede pensar que al hablar de “trabajadores” debe entenderse también “médicos” y, sin embargo, quien esté ahí nunca será un médico.

Simplemente, quería insistir en ese punto concreto.

SEÑOR RODRIGUEZ.- Nosotros, que tuvimos meses asistiendo a las reuniones de los Consejos Consultivos, tuvimos que soportar hablar de la “desmedicalización” de la medicina, que es como la “desagronomización” de la Agronomía o la “desodontologización” de la Odontología. Es algo insólito. Acá es el médico y la Medicina; no hay otra opción. La prevención la puede hacer la maestra, cuando enseña a los niños a lavarse las manos; la OSE, al brindar agua potable, sin suciedad, o el educador, diciendo cuándo se deben dar las vacunas; pero el que cura es el médico. No hay salud sin médico y, sin embargo, aquí hay un proyecto de salud sin médico. Creemos que es inaceptable un proyecto único del trabajador de la salud, porque el profesional por algo es profesional. Una profesión tiene determinadas características, autonomía, autorregulación, cierta preparación y la posibilidad de negociar su forma de trabajo y su salario -como tiene el resto de los trabajadores-, que exige un estatuto diferente. No es igual un electricista que un neurocirujano y, por más que los queramos equiparar, no son iguales y menos aún a la vista de las responsabilidades exigidas posteriormente.

Entonces, pensamos que no puede haber un estatuto único. Es absolutamente imposible e inaceptable que exista un estatuto único del trabajador de la salud. Consideramos que tiene que haber un estatuto del trabajador no técnico y otro del trabajador profesional de la salud, no médico, sino profesional, es decir, el odontólogo, el psicólogo, etcétera.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Subcomisión de Audiencias de la Comisión de Salud Pública integrada con la de Hacienda les agradece su presencia en este ámbito.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 18 y 20 minutos)